VII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 19)
z dnia 11 kwietnia 2012 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 19)

11 kwietnia 2012 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bolesława Piechy (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– wniosek o podjęcie inicjatywy uchwałodawczej Komisji w sprawie ustanowienia 18 kwietnia Narodowym Dniem Pacjenta w Śpiączce;

– Informację na temat specjalizacji z uwzględnieniem szczególnie specjalizacji deficytowych.

W posiedzeniu udział wzięli: **Aleksander Sopliński** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Wojciech Stróżycki** przedstawiciel Zespołu Interwencyjno-Poradniczego Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Przemysław Żak** doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Jerzy Kiwiński** przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej, **Joanna Jędrzejczak** dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wraz ze współpracownikami, **Agnieszka Rubinowska** i **Małgorzata Zamachowicz** przedstawicielki Stowarzyszenia Lekarzy Praktyków, **Kaleta Maria** wiceprzewodnicząca Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikami oraz **Zdzisław Bujas** wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

W posiedzeniu udział wzięła lobbystka **Anna Kadzikiewicz** z Viewpoint Group.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Maria Taurogińska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Otwieram dzisiejsze posiedzenie Komisji Zdrowia. Porządek obrad ma dwa punkty. Punkt pierwszy – rozpatrzenie wniosku o podjęcie inicjatywy uchwałodawczej Komisji Zdrowia w sprawie ustanowienia 18 kwietnia Narodowym Dniem Pacjenta w Śpiączce. I punkt drugi, znacznie obszerniejszy – Informacja na temat specjalizacji, z uwzględnieniem szczególnie specjalizacji deficytowych. O informację na ten temat poprosiliśmy ministra zdrowia.

W związku z powyższym witam szanowne panie posłanki i szanownych panów posłów. Witam pana ministra z zespołem i zaproszonych gości. Możemy przystąpić do realizacji naszego porządku dziennego.

Poproszę pana przewodniczącego Jarosława Katulskiego o przybliżenie państwu propozycji uchwały w sprawie ustanowienia 18 kwietnia Narodowym Dniem Pacjenta w Śpiączce. Jest to inicjatywa prezydium Komisji. Panie przewodniczący, proszę uprzejmie.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, nie będę ukrywać, że inspiratorem do tego, żeby taką uchwałę podjąć, jest Fundacja „AKogo?" pani Ewy Błaszczyk, która zajmuje się tą Fundacją od kilku lat i zabiega o to, żeby pacjenci, którzy znajdują się w stanie śpiączki przewlekłej, byli objęci szczególną troską ze strony państwa i systemu ochrony zdrowia. W związku z powyższym – ponieważ Fundacja zwróciła się do prezydium z prośbą o podjęcie uchwały w tym zakresie – taka uchwała została przez prezydium zaproponowana szanownej Komisji. Myślę, że wszyscy członkowie Komisji mają przed sobą tekst uchwały. Rozumiem, że nie będę go odczytywać – wydaje mi się, że nie ma to

sensu. Na drugiej stronie znajduje się uzasadnienie. Może tylko krótko zwrócę uwagę na dwa fakty.

Po pierwsze, z czego wynika data 18 kwietnia. Jak jest napisane w pierwszym akapicie, Agencja Oceny Technologii Medycznych właśnie 18 kwietnia wydała pierwszą pozytywną opinię w sprawie programu medyczno-neurorehabilitacyjnego przygotowanego dla jednostki chorobowej jaką jest śpiączka, ponieważ wcześniej takiej jednostki chorobowej nie było, a jeśli była, to nie było żadnego programu leczniczego.

Drugi, bardzo ważny fakt jest taki, że rzeczywiście już czas zacząć zajmować się tym problemem, a przynajmniej zacząć od statystyk, bo dzisiaj nawet nie wiemy, ile osób znajdujących się w stanie śpiączki wymagałoby szczególnego postępowania ze strony systemu ochrony zdrowia. Wydaje mi się, że to wystarczy. Jeśli pan przewodniczący uzna moje wprowadzenie za wystarczające, to proszę szanowną Komisję o ewentualne głosy – uwagi odnośnie do tekstu uchwały. Jeśli takie są, to bardzo proszę. Oddaję głos panu przewodniczącemu.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę państwa, mają państwo przed sobą treść proponowanej uchwały z uzasadnieniem. Pan przewodniczący był łaskaw uzasadnić tę – moim zdaniem – bardzo ważną uchwałę. W czasach, kiedy tak dużo dyskutuje się o sprawach technicznych, ekonomicznych, kosztowych, dobrze się stało, że Komisja i Fundacja zaproponowały, by zwrócić się w kierunku tych, którzy tego wsparcia najbardziej potrzebują.

Nie są znane dane statystyczne dotyczące liczby polskich pacjentów w śpiączce, ale pamiętajmy, że jest to stan głęboko patologiczny – jest to poważna jednostka chorobowa, jak wspomniał pan przewodniczący. Sądzę, że trzeba zrobić wszystko, aby tym pacjentom zapewnić godne warunki, bo przecież znamy sytuacje, że pacjent po wieloletnich stanach śpiączkowych wybudzał się i wracał do normalnego życia. Myślę, że będzie to obligować Ministerstwo Zdrowia i rząd do próby określenia standardu postępowania z pacjentem w śpiączce oraz kosztów funkcjonowania, żeby dla tych naprawdę ciężko chorych naszych rodaków znalazły się środki finansowe, by wspierać ich i ich rodziny i nie odbierać im nadziei na wybudzenie i powrót do normalnego życia. Pan poseł Hoc, proszę uprzejmie.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Oczywiście, z mojej strony jest pełna akceptacja i zgoda na tego rodzaju uchwałę czy dezyderat…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Jest to projekt uchwały, bo to będzie uchwała Sejmu. Oczywiście, o dalszych losach zadecyduje marszałek Sejmu.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Tak. Tylko, panie przewodniczący i panie ministrze – przede wszystkim zwracam się do teraz do pana ministra – jeśli mamy ustanowić Narodowy Dzień Pacjenta w Śpiączce, to rozumiem – chociaż zaraz odniosę się też merytorycznie – że jest to nie tylko splendor w sensie zaszczytu podejmowania takiej uchwały, ale i krzyk rozpaczy ludzi, fundacji i różnego rodzaju stowarzyszeń, ponieważ w Polsce sytuacja pacjenta w śpiączce nie jest uregulowana systemowo. Szczerze mówiąc, ten krzyk rozpaczy – bo ja tak to rozumiem… Bo jeśli wiemy, że w Polsce są trzy centra albo trzy ośrodki – ośrodek leczniczo-opiekuńczy w Toruniu, pana prof. Jana Talara, który, z jednej strony, uważany jest za cudotwórcę, a z drugiej – za trochę kontrowersyjną osobę, Centrum Rehabilitacji oraz Centrum Opieki Paliatywnej i Długoterminowej prowadzone przez Zakon Kawalerów Maltańskich i właśnie Centrum Zdrowia Dziecka z prowadzoną przez Fundację „AKogo?" pani Ewy Błaszczyk Kliniką „Budzik". Ale to za mało.

Panie ministrze – to jest główna część mojej wypowiedzi, w której zwracam się do pana – to wszystko to jest inicjatywa ludzi spoza kręgu właściwej medycyny. A co my, jako państwo, parlamentarzyści i Ministerstwo Zdrowia zrobiliśmy, żeby ta grupa ludzi nie była pozostawiona sama sobie? Przecież wiemy, jakie to są dramaty. Dlaczego pan prof. Talar jest tak popularny, choć przez profesjonalistów jakby nieakceptowany?

Dlaczego Kawalerowie Maltańscy muszą zakładać centra opieki paliatywnej? Dlaczego aktorka – chociaż wiemy, że to z uwagi na dramat swojej córeczki… Dlaczego muszą to robić osoby niezwiązane z systemem ochrony zdrowia?

Moja konkretna propozycja dla pana ministra, albo nawet wniosek formalny, jest następująca. Tak, przyjmujemy tę uchwałę ze wszystkimi tego konsekwencjami, ale jednocześnie prosimy – albo stawiamy taki wniosek – żeby pan minister – załóżmy, że za dwa miesiące – przedstawił dokładny program, strategię, koncepcję, jak leczyć tych ludzi w Polsce – dzieci, osoby starsze. Jaki, panie ministrze, ma pan program – prawdę mówiąc, program naprawczy, albo taki, którego koncepcja byłaby przyszłościowa – żeby zadbać o tych ludzi i zapewnić im profesjonalną, kompleksową opiekę medyczną, opartą na systemie? Oczywiście, może to być prowadzone przez różnego rodzaju organizacje – jest to chwalebne i szczytne działanie. Możemy tu dużo mówić o śpiączce oraz aksjologicznych i filozoficznych wymiarach tego stanu chorobowego, ale wiem, że jest wielki niedosyt i luka w tym zakresie.

Powtarzam. Mój wniosek jest taki, że pan minister za dwa-trzy miesiące – można to uzgodnić – przedstawi program, koncepcję, strategię systemowego leczenia ludzi w Polsce będących w stanie śpiączki.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Do głosu zgłosili się jeszcze pan przewodniczący Latos, pani prof. Hrynkiewicz i pan przewodniczący Katulski. Proszę bardzo.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Mam uwagę techniczną odnośnie do tego tekstu, którą za chwilę państwu przedstawię, natomiast, odnośnie do wspomnianego tu prof. Talara – sprostowanie. Nie kieruje on Katedrą i Zakładem Rehabilitacji Collegium Medicum w Bydgoszczy – bo Collegium Medicum jest w Bydgoszczy, a UMK w Toruniu – po sprawie sądowej. To, po pierwsze.

A teraz odniosę się do tekstu. Proponowałbym korektę redakcyjną w drugim akapicie. Wydaje mi się, że nie najszczęśliwiej brzmi taka gra słów „…w stanie śpiączki, stanie się…”. Jest to powtórzenie w innym znaczeniu, chyba niefortunne. Wydaje mi się, że lepiej byłoby, gdyby po wyrazach „w stanie śpiączki”, po przecinku, byłoby sformułowanie „a także pomoże w stworzeniu w przyszłości systemu…” i dalej, tak jak jest. Myślę, że tak będzie to bardziej poprawnie sformułowane.

I oczywiście, panie ministrze, jeśli rzeczywiście możemy zadeklarować, w ślad za uchwałą – już dzisiaj, czy być może za te dwa-trzy miesiące – że coś więcej uda się zrobić dla tej grupy chorych, to byłoby to z pewnością pierwszym dobrym efektem podjęcia tej uchwały, aczkolwiek rozumiem, że zapewne trudno na gorąco taką deklarację złożyć. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę uprzejmie, pani poseł.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, oczywiście, jestem za przyjęciem takiej uchwały, ale byłabym bardzo zobowiązana panu ministrowi, gdyby pan jednak powiedział, że to nie jest 5-6 tys. pacjentów rocznie. Był niedawno spis powszechny. Mają państwo rejestrację. Nie można mówić 5-6 tys. Ile jest takich osób, które są leczone? Naprawdę, nie jest trudno mieć dobry rejestr. To jest pierwsza sprawa.

I druga sprawa. Bardzo trudno, proszę państwa, ocierać łzy przy pomocy uchwały, która nic nie kosztuje, a tu, w czwartym akapicie, czytać: „Istnieje potrzeba wdrożenia w Polsce systemowego rozwiązania opieki medycznej nad pacjentami w śpiączce oraz koordynacji działań specjalistów…”. To ja poproszę o taki program, o takie skoordynowane systemowe rozwiązanie opieki medycznej nad pacjentami w śpiączce, a może i dalej – nie tylko opieki medycznej, ale także socjalnej dla tej grupy, bo każdy, kto zetknął się z taką osobą, czy z taką rodziną, dobrze wie, jakie z tym wiążą się koszty, problemy i jak trudna jest to sytuacja. My po prostu przyjmiemy uchwałę, otrzemy tym swoje łzy i poczujemy, że coś zrobiliśmy, a tymczasem – o czym świadczy uzasadnienie

– w tej sprawie jest jeszcze wiele do zrobienia. Być może, to jest zrobione i zupełnie niesłusznie domagam się takiego programu. Sądzę więc, że od pana ministra usłyszę, że taki program jest, że jest koordynowany i powiązany z działalnością nie tylko medyczną, ale także socjalną. Koszty utrzymania takiej osoby są ogromne, potrzebne są więc rozwiązania dotyczące osób niesamodzielnych.

Jest tu także bardzo interesująca informacja, ale nie do końca rozwinięta. Rzeczywiście, w Polsce występuje bardzo duża urazowość dzieci i młodzieży. Od wielu lat jestem wiceprzewodniczącą Rządowej Rady Ludnościowej, która temu bardzo dokładnie się przygląda. Bardzo dużo dzieci ulega ciężkim wypadkom, a także zapada w śpiączkę. To jest także kwestia włączenia programów profilaktycznych, które będą zapobiegać tym stanom. Zatem oczekuję od pana ministra przedstawienia takiego programu. Wtedy możemy uchwalić taki dzień, a może nawet tydzień, żeby uświadomić społeczeństwu, jak trudna jest to sytuacja i jak powinniśmy wspierać te rodziny. Natomiast, jeśli mamy tylko otrzeć swoje łzy, nie chciałabym w ten sposób wykpić się od załatwienia sprawy, która jest bardzo trudna w rozwiązaniu i bardzo bolesna dla wielu rodzin. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pan przewodniczący Katulski, a następnie pan minister.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Jednak muszę się odnieść do państwa wystąpień. Szanowni państwo, chciałbym zwrócić uwagę na to, że jeśli będziemy warunkować przyjęcie tak szlachetnej uchwały – co potwierdzacie – tym, czy ministerstwo stworzy program w określonym czasie – a za chwilę usłyszymy, jak ten program ma wyglądać – to my tego typu uchwały nie przyjmiemy. Przypomnę, co było powodem tego, że ta uchwała staje się przedmiotem naszej debaty. Otóż, wpłynęło do prezydium pismo Fundacji „Budzik", która zajmuje się ludźmi w śpiączce, z prośbą o zainicjowanie takiej uchwały. Wszyscy powinniśmy sobie zdawać sprawę z tego, że ta uchwała – zawarte jest to w tekście – ma być impulsem do tego, żeby rozpocząć konkretne prace. Jeśli tego nie zrobimy, to być może sprawy nie będzie. Musimy się poważnie zastanowić nad tym, czego dzisiaj chcemy.

Pani profesor, jeszcze jedna drobna uwaga. Nie można czynić zarzutu z tego, że w uzasadnieniu jest napisane „5-6 tys.". Po pierwsze, liczba ludzi w śpiączce jest zmienna. Niektórzy umierają, dochodzą nowi. Po drugie, nie dotyczy to tylko dzieci i młodzieży. Ludzie śpiączce z różnych przyczyn, nie tylko urazowych, znajdują się w każdym wieku i każdy potencjalnie może się znaleźć. Myślę, że dzisiaj nie powinniśmy od ministerstwa domagać się stworzenia programu i jeszcze określać ramy czasowe. Moim zdaniem, to byłoby zupełnie nie na miejscu. Jeśli Sejm taką uchwałę przyjmie, to wtedy jako Komisja na pewno będziemy mieć mandat do tego, żeby domagać się od ministerstwa rozpoczęcia pewnych prac – na początek studyjnych – które dopiero będą wstępem do myślenia o tym, jak ten program ma wyglądać. Bo jeśli mamy stworzyć coś ad hoc, na łapu capu, szybko, bylebyśmy tylko mogli za trzy miesiące się spotkać i podyskutować o stworzonym programie, który nie będzie działać, nie zacznie funkcjonować, jest bez sensu.

I drobna uwaga do pana, panie pośle Hoc. Myślę, że powinien pan trochę roztropniej dobierać mentorów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan minister, proszę uprzejmie.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Aleksander Sopliński:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, chciałbym powiedzieć, że pacjenci, którzy są w śpiączce, nie są pozostawieni tylko opiece stowarzyszeń. W Polsce mamy system opieki długoterminowej w ochronie zdrowia, w ramach którego zajmujemy się również pacjentami w śpiączce. System ten realizowany jest zarówno w warunkach stacjonarnych – są to zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze – jak i w systemie domowym. Kryteria kwalifikacyjne do objęcia pacjenta opieką długoterminową uwarunkowane są stanem zdrowia. Opieka długoterminowa w zależności

od stanu zdrowia również jest współfinansowana ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Tak więc ci pacjenci nie są pozostawieni sami sobie i stowarzyszeniom. Rozumiem, że grupa pacjentów w śpiączce wymaga szczególnej opieki długoterminowej. Dlatego w naszym programie opieki długoterminowej należy zwrócić szczególną uwagę na tych pacjentów.

Osobiście rozmawiałem z panią Błaszczyk ze stowarzyszenia odnośnie do ich dużej inwestycji, a także w kwestii ujęcia w koszyku świadczeń gwarantowanych pewnych procedur, których płatnikiem ma być Narodowy Fundusz Zdrowia, w stosunku do pacjentów w śpiączce. Jesteśmy na etapie opracowywania procedur dla tej szczególnej grupy pacjentów, ale podkreślam, że wszyscy ci pacjenci są objęci systemem opieki długoterminowej. Nie jest więc tak, że są pozostawieni bez opieki i że nikt się nimi nie zajmuje, bo są specjalne programy, w ramach których ci pacjenci są objęci opieką. Jeśli państwo chcą usłyszeć szczegóły odnośnie do opieki nad pacjentami w śpiączce, to jesteśmy gotowi taki materiał przygotować, żeby w pielęgnacji takiego pacjenta zwrócić uwagę na pewne elementy związane z tym stanem, bo śpiączka może być spowodowana różnymi przyczynami. To nie jest sama śpiączka, ale i inne schorzenia występujące w stanie śpiączki. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Bardzo proszę, pan poseł Hoc. Rozumiem, że *ad vocem*.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Nie tylko *ad vocem*. Diabeł tkwi w szczegółach. Mamy dysonans poznawczy. Z jednej strony, panie ministrze, czytamy w uzasadnieniu: „Istnieje potrzeba wdrożenia w Polsce systemowego rozwiązania opieki medycznej nad pacjentami w śpiączce oraz koordynacji działań specjalistów z różnych dziedzin medycyny, w celu zintensyfikowania działań wybudzania pacjentów ze śpiączek”. Z drugiej strony, z praktyki, z doniesień, informacji i przeżyć niektórych pacjentów, z którymi spotykamy się jako lekarze praktycy, wiemy, że w tej dziedzinie jest źle – nie chcę mówić dosadniej. Panie wiceprzewodniczący Katulski, naprawdę, jest źle. Zaznaczyłem, że w swej wypowiedzi nawet nie zahaczam o wymiar aksjologiczny, o trwanie biologiczne, o byt osobowy, o transplantologię – celowo to robię, żeby nie podejmować pewnych dyskusji – ale jest źle. I sami w uzasadnieniu to przyznajecie. Natomiast pan minister mówi, że jest dobrze – są procedury, jest Narodowy Fundusz Zdrowia itd. Tak więc, z jednej strony, piszemy, że nie ma systemowych rozwiązań i koordynacji, a drugiej strony, wiemy, że powstają fundacje. Mówiłem właśnie o trzech fundacjach.

Wiem, że pan wiceprzewodniczący odnosi się do jednego zakładu opiekuńczo-leczniczego, ale to zostawmy na boku, bo tu nie będziemy o tym rozstrzygać – przecież ja też nie znam szczegółów. Wiem, że jest wyrok sądowy, ale to jest jeden aspekt sprawy. Nie chcę się na tym zatrzymywać.

Panie ministrze, rozumiem, że po trzech miesiącach nie można przedstawić konkretów, ale niech za trzy miesiące pan chociaż powie – jest tylu ludzi w śpiączce, jest taki system, takie jest finansowanie, chcemy pomóc tym fundacjom albo to robimy, zaproponowaliśmy takie rozwiązanie, stworzyliśmy procedury, skoordynowaliśmy to itd. To już będzie jakiś urobek tej naszej uchwały. Natomiast sformułowanie, że „Sejm wyraża nadzieję, że ustanowienie Narodowego Dnia Pacjenta w Śpiączce…” jest fajne, brzmi pięknie, ale po trzech kadencjach wiemy, co znaczą takie sformułowania. To jest pisanie na Berdyczów. Jednak uważam, że tę uchwałę trzeba poprzeć, tylko że trzeba za nią pójść dalej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan minister. Proszę uprzejmie.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Panie przewodniczący, panie pośle. Ja nie powiedziałem, że jest idealnie, dobrze. Powiedziałem, jaki w Polsce jest system. Zawsze każdy system można w szczegółach poprawić. Jeżeli chodzi o pacjentów w śpiączce, sytuacja jest specyficzna. Nie neguję, że trzeba bardziej szczegółowo zająć się tą grupą pacjentów, i to uczynimy. Dlatego,

zgodnie z sugestią pana posła, żeby za dwa miesiące przedstawić propozycję szczególnej opieki w ramach opieki długoterminowej nad pacjentami w śpiączce, postaramy się to panu przedstawić, i oczywiście Komisji.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę państwa, kończąc ten temat, chciałbym zaapelować do państwa, żebyśmy bez sprzeciwu przyjęli tę uchwałę. Nie ma ona wiele wspólnego ani z procedurami medycznymi, ani ze sporem. To, że w polskiej służbie zdrowia jest siermiężnie, wszyscy wiemy. Część z nas zasiada w Sejmie bardzo długo dokładnie wie, że nie jest kolorowo. Tego nie zmienią ani apele opozycji, ani tłumaczenie ministerstwa, bo są to procesy długotrwałe. Apelowałbym jednak o to, aby w tej uchwale dostrzec głęboko humanistyczny akcent – po raz pierwszy uznajemy, że śpiączka jest wyzwaniem. Przypominam, że niedawno w prasie czytaliśmy różnego rodzaju notatki filozofów, bioetyków i etyków, którzy nazywają się utylitarystami. Mówią oni o eutanazji w stosunku do nieprzydatnych ludzi. Sądzę więc, że jeżeli wzniesiemy się ponad doraźne, skrzeczące opinie, to uznamy, że pacjent w śpiączce nadal jest osobą ludzką i należy się mu określona opieka i szacunek. Chociażby z tego powodu tę uchwałę powinniśmy podjąć, jeżeli to pomoże stowarzyszeniom, fundacjom, oddziałom nie tylko opieki długoterminowej, ale i oddziałom opieki krótkoterminowej, gdzie też są pacjenci w śpiączce, bo śpiączka – aczkolwiek tu może niefortunnie, ale w cudzysłowie napisano, że jest jednostką chorobową – nie jest jednostką chorobową. Śpiączka jest objawem pewnych zdarzeń, które wynikają z różnych względów.

Chciałbym więc zaproponować, abyśmy w konsensie tę uchwałę przyjęli. Przyjmuję również poczynione tu uwagi językowe, żeby może, panie przewodniczący, zajęli się tym językoznawcy albo poloniści, bo ja nie jestem w stanie *ad hoc* wymyślić odpowiedniego sformułowania. Tyle z mojej strony. Jeszcze pan przewodniczący, proszę.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Krótko dodam do tego, co powiedział pan przewodniczący, a co wydaje mi się najlepszym podsumowaniem, że kiedy pisałem tekst tej uchwały, to poleciłem moim asystentom poszukać w Internecie, czy taki dzień jest gdzieś ustanowiony. Okazało się, że nie. Prawdopodobnie będziemy pierwszym parlamentem, który taką uchwałę podejmuje. Wydaje mi się, że to też jest pewna wartość.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. W związku z tym, sądzę, że wyczerpaliśmy dyskusję. Jeżeli nie usłyszę sprzeciwu, uznam, że Komisja podejmuje propozycję uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej dotyczącej ustanowienia 18 kwietnia Narodowym Dniem Pacjenta w Śpiączce jako głęboko humanitarne wyrażenie opinii Sejmu w tej materii. Jednocześnie Komisja upoważnia Prezydium Sejmu albo przewodniczącego o próbę rozprawienia się z tym sformułowaniem „…w stanie śpiączki, stanie się…” i poprawienia go. Sądzę, że skorzystam z sił Kancelarii Sejmu i pani marszałek, żeby tę propozycję zmienić. Nie będziemy o to kruszyć kopii. Jest również propozycja pana przewodniczącego. Przekaże tę propozycję. Dalsze losy tej uchwały zależą już od procedury sejmowej.

Czy jest sprzeciw wobec takiej propozycji? Nie słyszę sprzeciwu. W związku z tym, uznaję, że Komisja jednogłośnie, przez aklamację, przyjęła projekt uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie ustanowienia 18 kwietnia Narodowym Dniem Pacjenta w Śpiączce. Dziękuję bardzo.

Upoważnimy do ewentualnego reprezentowania Komisji w dalszych pracach… Nie, panie pośle. Zajmował się tym pan poseł Katulski, bo sprawdzaliśmy, czy jest taki dzień, czy nie koliduje itd. Jeśli Kancelaria Sejmu będzie potrzebować naszej pomocy, to do dalszych prac nad tą uchwałą proponuję upoważnić pana posła Katulskiego. Czy są inne propozycje? Proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Pani profesor słusznie zwraca uwagę. Nie wiem, czy w uzasadnieniu nie należałoby tego poprawić, żebyśmy nie wyszli na nieprofesjonalistów: „Duża część pacjentów w krótkim czasie umiera, wielu – po krótkim czasie budzi się i wraca do świata żywych”. Przecież

ci pacjenci są żywi. Oni cały czas żyją. Wybudzają się, ale to nie jest powrót do świata żywych.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Chciałbym, żebyśmy spróbowali zakończyć tę dyskusję. Proponowałbym, żeby tym zajęli się językoznawcy, bo jest to sprawa naszej, głęboko humanistycznej ustawy. Dajmy szansę tym, którzy opanowali język polski, żeby tę intencję odpowiednio oddać. Przyznaję rację, że być może pewne sformułowania są niefortunne, ale to nie przekreśla naszej intencji. Przypomnę tylko, że ta uchwała nie będzie przyjmowana *ad hoc*, ponieważ regulamin Sejmu jasno określa, jak się ustala dnie, rocznice, jest określony kalendarz. W związku z tym, poprzestałbym na tym, żeby Prezydium Sejmu i pan przewodniczący Katulski byli w stałym kontakcie z kancelarią pani marszałek i uwzględnili pewne propozycje, które będą przecież w zapisie z dzisiejszego posiedzenia Komisji. Dziękuję. Zamykam ten punkt naszego dzisiejszego porządku obrad.

Przystępujemy do rozpatrzenia drugiego punktu porządku obrad – Informacja na temat specjalizacji z uwzględnieniem szczególnie specjalizacji deficytowych. Oczywiście, specjalizacji nie tylko lekarskich.

Państwo otrzymali „Informację na temat specjalizacji kadr medycznych" przygotowaną przez Ministerstwo Zdrowia. Proszę pana ministra o krótkie przedstawienie tej Informacji przed dyskusją. Dziękuję bardzo.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, kształcenie specjalizacyjne lekarzy i lekarzy dentystów oraz pozostałych zawodów medycznych, o których mowa w dzisiejszej Informacji, reguluje ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, która była nowelizowana 28 kwietnia 2011 r.

Jakie obecnie obowiązują formy szkolenia specjalizacyjnego? Zasadniczą formą jest kształcenie na podstawie rezydentury. Rezydent podpisuje umowę na czas określony z podmiotem prowadzącym szkolenie. Może również odbywać specjalizację na zasadzie umowy o pracę z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, w ramach płatnego urlopu szkoleniowego, na podstawie umowy cywilnoprawnej, w której określa się szczegóły i tryb szkolenia, a także w ramach zajęć programowych studiów doktoranckich poszerzonych o program specjalizacji i w ramach udzielonego szkoleniowego lub bezpłatnego. Oczywiście, może odbywać specjalizację również w formie wolontariatu. Lekarz w tym samym czasie może odbywać tylko jedną specjalizację w ustalonej dziedzinie medycyny. Wybór i tryb specjalizacji zależy od zainteresowanego lekarza.

Podmioty prowadzące szkolenia specjalizacyjne muszą spełniać standardy akredytacyjne określone w ustawie z 28 kwietnia 2011 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, gdzie jest także określony tryb uzyskania takiej akredytacji. Liczbę miejsc określa zespół powołany przez rektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – są tu przedstawiciele tego Centrum z panią dyrektor. W skład zespołu wchodzi pięciu specjalistów z danej dziedziny. Są to osoby zaproponowane najczęściej przez konsultanta krajowego, a także przez właściwe towarzystwa naukowe oraz Naczelną Radę Lekarską. Jednostka, która ubiega się o akredytację do prowadzenia szkolenia, musi uzyskać pozytywną opinię konsultanta wojewódzkiego, że spełnia warunki ustawowe.

Czuwanie nad zabezpieczeniem potrzeb kadrowych w poszczególnych dziedzinach medycyny jest zadaniem stawianym głównie konsultantowi krajowemu, a także konsultantom wojewódzkim. To oni, między innymi, zgłaszają wnioski dotyczące liczby miejsc specjalizacyjnych. Konsultant wojewódzki z danej dziedziny medycznej, w porozumieniu z wojewodą i samorządem lekarskim, ustala potrzeby kadrowe w województwie, natomiast potrzeby kadrowe w kraju, konsultanci krajowi.

Tematem naszego dzisiejszego spotkania jest dostępność do miejsc specjalizacyjnych, a także specjalizacje deficytowe. Analiza dostępności do miejsc specjalizacyjnych w formie rezydentury wskazuje, że zależy to przede wszystkim od możliwości finansowych państwa. Zwykle co roku studia medyczne kończy około 3400 studentów, którzy później zdają tzw. egzamin lekarski. Jest to coroczna liczba kandydatów do specjalizacji.

Jeśli chodzi o specjalizacje, od roku 2009 zwiększono liczbę specjalizacji tzw. deficytowych albo – jak to określamy – priorytetowych z 6 do 21. Czyli obecnie specjalizacji deficytowych jest 21. Może je wymienię. Są to: anestezjologia i intensywna terapia, chirurgia onkologiczna, epidemiologia, geriatria, ginekologia onkologiczna, kardiologia, kardiologia dziecięca, medycyna pracy, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, neonatologia, neurologia dziecięca onkologia kliniczna, onkologia i hematologia, ortopedia dziecięca, traumatologia narządów ruchu, patomorfologia, pediatria, radiologia i diagnostyka obrazowa, radioterapia, rehabilitacja medyczna i stomatologia dziecięca. To jest grupa deficytowych specjalizacji.

Chciałbym ponadto powiedzieć, że warunki finansowe również są zróżnicowane, dlatego, że jeśli chodzi o specjalizacje deficytowe, rezydent otrzymuje przez pierwsze 2 lata 3602 zł, a później 3890 zł, natomiast szkolący się w specjalizacjach nie deficytowych otrzymują przez pierwsze 2 lata 3170 zł, a od trzeciego roku 3458 zł.

Jak to kształtowało się, jeśli chodzi o liczbę rezydentur, od 2008 r., to w 2008 r. było 4800 etatów? Koszt w 2008 r. wyniósł 234,5 mln zł. W 2009 r. było 3,5 tys. etatów, a koszt wyniósł 389 mln zł. W 2010 r. było 2,5 tys. rezydentur, a koszt to 460 mln zł. W 2011 r. były 3342 etaty, a koszt wyniósł 527 mln zł. Jeśli chodzi o rok 2012, w budżecie zarezerwowano środki w wysokości ponad 544 mln zł.

Do tych kosztów dochodzą pewne wydatki, dlatego, że rezydenci zwracają się o przedłużenie rezydentury. Są to najczęściej kobiety, lekarki, które w związku z porodem i macierzyństwem przedłużają rezydentury. To dodatkowo obciąża budżet.

Nie będę państwu przedstawiać tabel zawartych w Informacji, ale powiem, że zgodnie z Centralnym Rejestrem Lekarzy i Lekarzy Dentystów prowadzonym przez Naczelną Izbę Lekarską, liczba lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód w Polsce wynosi 156.642 lekarzy medycyny, w tym 3831 lekarzy specjalistów, a w tej grupie prawie 48,5 tys. lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji. Są to dane z początku marca tego roku. Jeżeli chodzi o specjalizacje w poszczególnych dziedzinach, to liczby są umieszczone w tabeli.

Ministerstwo Zdrowia obecnie finalizuje prace w zakresie zmiany w kształceniu specjalizacyjnym lekarzy i lekarzy dentystów, w tak zwanym systemie modułowym. Wprowadzenie tego systemu modułowego, a także nowego systemu kształcenia lekarzy, bo od roku 2016 wejdzie nowy system – staż będzie na szóstym roku studiów – skróci okresy specjalizacji. Oczywiście, rozporządzenie dotyczące kształcenia w systemie modułowym jest w uzgodnieniach wewnętrznych. Myślę, że od jesieni tego roku ten system będzie obowiązywać. To, jeżeli chodzi o kształcenie lekarzy i lekarzy dentystów.

Specjalizacje są również prowadzone w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia – epidemiologii, fizjoterapii, fizyki medycznej, promocji zdrowia, psychologii, logopedii, zdrowiu publicznym. Muszę powiedzieć, że obecnie prowadzone są specjalizacje w 10 innych dziedzinach, które realizowane są 80 uprawnionych jednostkach szkolących, dysponujących 1473 miejscami szkoleniowymi.

Specjalizacje są prowadzone również przez diagnostów laboratoryjnych. Wyglądają one nieco inaczej. Zmieniony będzie system egzaminów. Dotychczas był egzamin testowy, egzamin praktyczny i egzamin ustny. Będzie tylko egzamin ustny i egzamin praktyczny. Są również zagwarantowane miejsca specjalizacyjne. Obecnie jest w Polsce 892 diagnostów laboratoryjnych, którzy ukończyli specjalizację, a realizuje tę specjalizację dwóch diagnostów. Jeżeli chodzi o finansowanie specjalizacji z innych dziedzin, to nie są to środki rezydenckie. Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów, są one dofinansowane z budżetu ministra.

Są również specjalizacje farmaceutów. Muszę powiedzieć, że odbywają się one w sześciu dziedzinach. Przedstawiłem tu państwu tabele informującą, gdzie odbywają się te specjalizacje.

Do tej dziedziny należy również kształcenie specjalizacyjne pielęgniarek i położnych. Jeżeli chodzi o kształcenie specjalizacyjne i kursy kwalifikacyjne, corocznie wzrasta liczba szkolących się. Obecnie szkoli się łącznie ponad 47 tys. pielęgniarek i położnych.

Tyle chciałem w skrócie powiedzieć na temat specjalizacji. Problemem są oczywiście specjalności deficytowe. Dało się zauważyć, że liczba specjalizacji tzw. priorytetowych,

czyli deficytowych, corocznie wzrasta. Jak państwo widzą, powstają duże braki – mimo olbrzymiego wysiłku ze strony państwa i ze strony osób chcących się specjalizować – w zderzeniu z możliwością finansowania tych specjalizacji. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Zgłosili się chętni do zabrania głosu. Pan przewodniczący, pani poseł i pani poseł. Proszę bardzo, na początek pan poseł Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, zacznę od sprawy przykrej. Nie mam w zwyczaju wchodzić w ostre polemiki na posiedzeniu Komisji, natomiast jestem zmuszony, ponieważ nie ukrywam swojego głębokiego oburzenia tym, co jest napisane na str. 24 – proszę zajrzeć. Otóż, w tej Informacji, którą pan minister przygotował, możemy przeczytać na tej stronie, że ta zmiana, reforma – *notabene*, przeciwko której pan minister protestował, a następnego dnia się kajał, składał samokrytykę i ponownie głosowaliśmy – spowoduje znaczące unowocześnienie systemu kształcenia – mówiąc szczerze, mam wątpliwości – „zrównując go co do jakości z podobnymi systemami w krajach wysokorozwiniętych".

Na miły Bóg, panie ministrze, nie jesteśmy Trzecim Światem, żebyśmy mieli równać do krajów wysokorozwiniętych. Bo tak z tego wynika, że u nas kształcenie kompletnie „leży", że jesteśmy jakimś zaściankiem i będziemy teraz dążyć do tego, co jest w krajach wysokorozwiniętych i równać do jakości tamtejszego kształcenia.

Ja uważam, że kształcenie w Polsce jest na wysokim poziomie. Możemy dyskutować odnośnie do systemu, zmiany, którą państwo wprowadzili i która wzbudzała duże kontrowersje, jeśli chodzi o kwestię prowadzenia staży, natomiast jeśli coś w polskim systemie ochrony zdrowia działa, to właśnie – w moim przekonaniu – wysoki poziom kształcenia lekarzy, to wiedza, którą mają lekarze po ukończeniu specjalizacji. Możemy ją skrócić, bo – jak rozumiem, taka jest państwa intencja – do tej pory uzyskanie specjalizacji trwało dłużej. Jednak nie mogę się zgodzić z tym, że my odbiegamy jakością kształcenia od tego, co jest na świecie. Jeszcze raz bardzo protestuję przeciwko takiemu sformułowaniu.

A teraz, odnośnie do tego, co jest na stronie poprzedniej – dat, które zostały tam umieszczone. Panie ministrze, obecny pierwszy rok medycyny, wydziału lekarskiego, skończy studia przed 1 października 2017 r., kiedy, zgodnie z Informacją – co zresztą wynika z nowelizacji ustawy – przestanie obowiązywać staż podyplomowy. A co, panie ministrze, z takimi sytuacjami, kiedy ktoś mający egzamin we wrześniu zachoruje i nie zdoła ukończyć studiów przez 1 października 2017 r.? Co z takimi sytuacjami losowymi, urlopami dziekańskimi itd.? Brak jest przepisów przejściowych. Można sobie wyobrazić, że ktoś znajdzie się w takiej sytuacji życiowej, wydaje się więc mocno kontrowersyjne to, że pozostanie w próżni, bo nie będzie go obejmować żaden system. Czy w związku z tym państwo przymierzają się do nowelizacji?

I druga sprawa. W jednym roczniku będzie podwójna liczba osób, które będą rozpoczynać specjalizację. Jak pan przedstawił w Informacji, co roku jest pewna nadwyżka – mówiąc w cudzysłowie – miejsc na specjalizacje, jednak nie tego rzędu. Poza tym – de facto pan o tym wspomniał – są specjalizacje bardziej popularne. Czy w związku z tym państwo w tym konkretnym, przejściowym roku zamierzają wprowadzić większą liczbę miejsc specjalizacyjnych? Jak chcecie sobie poradzić z problemami organizacyjnymi, które będą z tym związane? A będą one potężne, bo przecież nie można w dowolny sposób zwiększyć liczby tych osób.

Wreszcie, ostatnia sprawa, dotycząca dalszej części Informacji. Chodzi o mikrobiologię. Są tu zamieszczone dwie tabele, które wydają się ze sobą sprzeczne. Gdyby pan minister mógł to wyjaśnić… Otóż, w pierwszej jest podane, że jest kilkanaście osób… Już podaję stronę… Za chwilę jeszcze raz poproszę o głos i dokładnie te tabele przedstawię. Widzę pewną różnicę, o której wyjaśnienie chciałbym prosić. Na razie, dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Poproszę panią posłankę Czaplicką. Proszę uprzejmie.

Poseł Barbara Czaplicka (PO):

Chciałabym się odnieść do tabeli na str. 17 obrazującej liczbę odbywanych rezydentur w latach 2008-2011. Czy to, że w 2011 r. w specjalizacji z zakresu diabetologii jest liczba zero oznacza, że wtedy w ogóle nie było rezydentur? To dotyczy również innych specjalizacji w tabeli.

I następna sprawa. Jakie są zamiary Ministerstwa Zdrowia w sprawie łączenia specjalizacji? Pytam, ponieważ napływa do mnie wiele pytań, szczególnie jeśli chodzi o endokrynologię i diabetologię, że mają to być połączone specjalizacje. Prosiłabym o odpowiedź na te pytania. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan poseł Latos uzupełni pytanie, a później zabierze głos pani posłanka Gelert.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, chodzi mi o tabelę na str. 26-27 – gdyby pan był uprzejmy spojrzeć. W tabeli nr 1 na str. 26 jest podana liczba jednostek szkolących i miejsc szkoleniowych w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Są to dane z 29 lutego 2012 r. W odniesieniu do mikrobiologii jest podana 1 jednostka szkoląca i 10 miejsc szkoleniowych. Natomiast na sąsiedniej stronie – 27, w tabeli nr 2, gdzie podana jest liczba osób z tytułem specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, nie ma mikrobiologii. Chciałbym się dowiedzieć, czy jest to błąd, czy jest szkolenie, a nie ma specjalisty. Gdzie jest ta jednostka szkoląca, gdzie są te miejsca szkoleniowe i kto szkoli? Być może, jest błąd w tabeli nr 2, bo nie chce mi się wierzyć, żeby nie było żadnej osoby z tytułem specjalisty w dziedzinie mikrobiologii. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, pani poseł.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, chciałabym dowiedzieć się od pana, czy specjalizacje deficytowe, które są uważane za priorytetowe, podlegają weryfikacji. Otóż, w grudniu 2011 r. był projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia. W uzasadnieniu do tego projektu podano – między innymi, chodziło o wykreślenie kardiologii jako specjalizacji priorytetowej, a więc tej, do której jest większa dopłata ze strony państwa dla rezydentów – że Polska przegoni Europę, jeśli chodzi o liczbę specjalistów z kardiologii. Natomiast były też propozycje dotyczące psychiatrii dziecięcej, o której wiemy, że jest bardzo deficytowa, i medycyny sądowej. Dotąd, poza pięknie napisanym projektem, rozporządzenie to nie ujrzało światła dziennego. Kardiologia, w zakresie której rzeczywiście szkoli się bardzo dużo osób – chyba faktycznie będziemy pierwszym krajem w Europie pod względem liczby kardiologów – nie znikła z tej listy. W związku z tym, pytam, czy to podlega jakiejkolwiek weryfikacji. Podobnie może być z ortopedią i traumatologią – w tej dziedzinie jest bardzo dużo specjalistów.

Również mam pytania odnośnie do str. 26 i 27. Wpisuje się w tabelę pierwszą – o której pan przewodniczący już mówił – specjalizację w poz. 10, 12, 13 i 14, a jednocześnie nie wykazuje się żadnych jednostek szkolących. Po co więc się je tu umieszcza. Czy ich nie ma, czy jednostki nie zgłaszają chęci? Wiadomo, że dana jednostka musi zgłosić chęć akredytacji i prowadzenia specjalizacji. Jak można kogokolwiek wyszkolić z niczego? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan poseł Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję. Panie ministrze, najpierw ostra krytyka, po to, żebyście w sesji jesiennej nie irytowali młodych lekarzy. Po pierwsze, złamaliście przepisy ustawy, albowiem listę miejsc dla lekarzy rezydentów opublikowaliście z dwutygodniowym opóźnieniem. Od 1 do 31 marca jest postępowanie kwalifikacyjne, a przez 21 dni macie opublikować listę miejsc na rezydentury. Opublikowaliście ją z dwutygodniowym opóźnieniem, co

bardzo irytowało i wzburzało młodych lekarzy. To, po pierwsze. Mam nadzieję, że w tym naborze jesiennym to się nie powtórzy i zrobicie to w czasie ustawowym.

Gwoli ścisłości, jeśli dziennik „Gazeta Prawna” podaje, że macie w Ministerstwie Zdrowia 500 ludzi pracujących na etatach, plus dodatkowo 250 osób na podstawie umowie o dzieło, to rozpychacie się w tym Ministerstwie Zdrowia, a mimo to nie wykonujecie podstawowych działań. Jest bardzo nie w porządku, żeby nie powiedzieć, skandaliczne.

Tak więc, złamaliście przepisy ustawy i tym bardziej wzburzyliście młodych lekarzy, bo przydzieliliście 444 rezydentury. Przypomnę, że w poprzednim roku, w sesji wiosennej było ich 813. Czyli o połowę zmniejszyliście liczbę miejsc w sesji jesiennej. Dodam, że w 2011 r. było 3813 rezydentur. Czyli, jeśli teraz było 444, to w sesji jesiennej musielibyście przydzielić ponad 3 tys. rezydentur, czego na pewno nie uczynicie. A więc, z jednej strony, chcecie, aby młodych lekarzy było jak najwięcej, bo jest luka pokoleniowa, z drugiej strony, cały czas mówicie, że chcecie zatrzymać młodych lekarzy, żeby nie wyjeżdżali za granicę – a co robicie? Lekceważycie ustawę w zakresie wydania listy miejsc, a ponadto przydzielacie karygodnie małą liczbę miejsc na rezydentury.

Przypomnę, że w 2007 r. – jeśli są nowsze dane, to o nie poproszę, panie ministrze – na 100 tys. mieszkańców w Polsce było 200 lekarzy. Średnia europejska wynosi 320 lekarzy. Za nami są tylko Albania i Rumunia. Gdzie jest strategia prorozwojowa, perspektywiczna, żeby młodych lekarzy zachęcać, po pierwsze, do robienia specjalizacji na etatach rezydenckich, a po drugie, żeby ich zatrzymywać w kraju? Mówicie coś innego, ale po prostu macie w nawyku ten dysonans poznawczy.

Teraz konkretne sprawy. Na str. 12 jest tabela obrazująca liczbę lekarzy i lekarzy dentystów w trakcie specjalizacji, w podziale na dziedziny medycyny i województwa. Na przykład, w zachodniopomorskim, w trakcie specjalizacji w dziedzinie geriatrii jest zero lekarzy. Czy to znaczy, że w zachodniopomorskim nie ma zapotrzebowania na geriatrów? To, po pierwsze. Po drugie, onkologia i hematologia dziecięca – zero lekarzy. A przypomnę, że w Szczecinie mamy wiodące kliniki onkologii i hematologii, a także oddziały hematologiczne w poszczególnych częściach województwa. Następnie, radioterapia onkologiczna. Mamy tylko dwóch szkolących się radioterapeutów onkologicznych. Przy tak potężnym potencjale, jaki mamy – Centrum Onkologii w Szczecinie, na Golędzinie i nowe Centrum Onkologii i Radioterapii Onkologicznej w Koszalinie – jest tylko dwóch rezydentów w zakresie radioterapii onkologicznej. Jest to o wiele za mało. Czym to jest podyktowane? Przykładowo, w epidemiologii, co dziwne, mamy aż dziewięciu rezydentów. Dlaczego? Czy w zakresie epidemiologii jesteśmy aż tak zagrożeni? A w dziedzinach, gdzie naprawdę jest duże zapotrzebowanie, mamy zerowe przydziały. Panie ministrze, czy mógłby to pan skomentować. Jeśli nie teraz, to bardzo prosiłbym o odpowiedź na piśmie. Dlaczego tak jest, że w naszym regionie powinno być takie właśnie zapotrzebowanie, jak uważam, a go nie ma, natomiast w zakresie epidemiologii jest taki nadmiar? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pan przewodniczący Orzechowski.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Ja nie będę mieć aż tylu pytań do pana ministra. O co mógłbym poprosić? Cały czas mówimy o luce pokoleniowej, a nie wiem, czy ministerstwo dysponuje materiałem mówiącym o tym, jaki jest rozkład liczby poszczególnych specjalistów w grupach wiekowych, to znaczy, jak będzie ich ubywać w momencie przechodzenia na emeryturę czy zaprzestania pracy. Jeśli takie materiały są, i można by sporządzić takie zestawienie, to mielibyśmy lepszy obraz sytuacji.

Moje następne pytanie dotyczy sprawy, którą ciężko jest zlokalizować, ponieważ lekarze wyjeżdżający za granicę – najczęściej specjaliści – pobierają z Izby Lekarskiej zaświadczenie, po czym nie wiemy, czy pracują za granicą, czy w Polsce. Czy jesteśmy w stanie oszacować, ilu specjalistów w ostatnim okresie, czy w określonych przedziałach czasowych opuściło Polskę i pracuje za granicą?

Wreszcie, temat, który raz po raz powracał w poprzedniej kadencji. Miało pojawić się rozporządzenie dotyczące części lekarzy, którzy posiadają specjalizację pierwszego

stopnia. Są to bardzo różne grupy. Są lekarze, którzy kiedyś się wyspecjalizowali i naturalnie odejdą na emeryturę. Jest też duża grupa osób, zwłaszcza lekarek, które zaszły w ciąże, miały urlopy wychowawcze i nie dokończyły szkolenia specjalizacyjnego – posiadają pierwszy stopień specjalizacji. Co w tej sprawie? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Kaźmierczak, proszę bardzo.

Poseł Jan Kaźmierczak (PO):

Dziękuję, panie przewodniczący. Mam dwa krótkie pytania uzupełniające. Rzecz dotyczy przywołanej już przez pana posła Latosa tabeli nr 1 ze str. 26. To pytanie ma charakter terminologiczny. Używa się tu pojęcia „dziedziny mające zastosowanie w ochronie zdrowia”. Mam na myśli dziedziny, w których – jak rozumiem – jest realizowane kształcenie podyplomowe kadr medycznych. W kraju mamy ujednolicony system kształcenia na poziomie wyższym, podlegający ministrowi właściwemu do spraw szkolnictwa wyższego, i uczelnie, czy jednostki kształcące, nadzorowane przez ministrów właściwych, jeżeli takie okoliczności zachodzą. Mamy też wspólną terminologię. „Dziedzina” to nazwa obszaru nauki. Tytuły profesorskie są nadawane w dziedzinie nauk medycznych, technicznych, prawnych itd. W związku z tym, pytam, o jakie dziedziny tu chodzi.

To pytanie wydaje mi się tym bardziej zasadne, że wiąże się z drugą kwestią. Otóż, dzisiaj istnieje pewna grupa rodzajów kształcenia czy nauki, czy też kierunków kształcenia, związanych z ochroną zdrowia, a więc mających zastosowanie w ochronie zdrowia, aczkolwiek niezwiązanych stricte z naukami medycznymi. Myślę o takich kierunkach jak, na przykład, inżynieria biomedyczna czy biotechnologia, czy nawet niektórych specjalnościach związanych z przetwarzaniem danych. W związku z tym, prosiłbym o wyjaśnienie, czy nieobecność tego typu dziedzin – jak tu powiedziano – jest zamierzona, wynika z pewnego przemyślenia, czy nie wzięliście pod uwagę tego, że we współczesnej ochronie zdrowia istnieje przynajmniej kilka obszarów kształcenia, które są przydane, a nie znajdują się w tej tabeli. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Miller, proszę bardzo.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Panie ministrze, może krótko przeglądałem tę Informację, ale nie znalazłem zestawienia liczby lekarzy specjalistów brakujących w specjalizacjach deficytowych. Chodzi mi o liczby.

Na jakiej podstawie określany jest deficyt? Czy na podstawie standardów europejskich, czy światowych? Tylko konkretnie określając zapotrzebowanie na tych lekarzy będziemy mogli mówić o ich specjalizacji.

Jeżeli są to pewne standardy, to mamy dzisiaj z nimi określone kłopoty. Myślę, na przykład, o specjalizacji rehabilitacji medycznej. Nowe przepisy, które respektuje w tej chwili NFZ, powodują, że nie wszystkie szpitale i oddziały, które dotąd funkcjonowały, mogą podpisać umowę z NFZ-em. Mówię o lekarzach rehabilitantach. Szpitale nie mają funduszy na te etaty. Na przykład, w naszym szpitalu w Głuchołazach umowa z NFZ-em wymaga zatrudnienia czterech nowych specjalistów, co powoduje wydatek około 500 tys. zł rocznie, podczas gdy dzisiaj tę pracę doskonale wykonują lekarze, którzy tam pracują, łącznie z magistrami rehabilitacji, którzy mają takie uprawnienia. Powstaje więc pytanie, czy nie zachodzi jakaś rozbieżność pomiędzy stawianymi wymogami a rzeczywistymi potrzebami. Czy nie należałoby przeprowadzić takiej analizy, również w celu zmniejszenia kosztów leczenia, bo można nie kształcić tylu specjalistów tam, gdzie oni nie są potrzebni? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pani posłanka Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie ministrze, w ostatnim roku przygotowałam duże opracowanie dotyczące sytuacji ludzi starych i, między innymi, interesowałam się geriatrią. Miałam wszystkie dane

dotyczące lekarzy geriatrów, pozyskane także od konsultantów. Na podstawie tych danych, które państwo tu przedstawiają, nie jestem w stanie zorientować się, ilu geriatrów jest, ilu pracuje. Jak to jest, że kilka lat temu było ich 53, na koniec roku 2010 było 153 – wszystkie dane oczywiście pochodzą z tego samego źródła, z ministerstwa – po czym pracuje ich 68, szkoli się łącznie 11 osób? W kilku województwach w ogóle się nie szkolą, między innymi, w województwie mazowieckim, gdzie jest zapotrzebowanie, i śląskim, gdzie są oddziały geriatryczne, a szkolą się tam, gdzie nie ma oddziałów geriatrycznych – musiałam to rozeznać na potrzeby opracowania dla rządu.

Prosiłabym, żeby państwo powiedzieli, jak właściwie jest zorganizowane kształcenie geriatrów i jakie są możliwości ich zatrudnienia, bo wiem od lekarzy z Towarzystwa Geriatrycznego, że ze względu na sposób finansowania nie opłaca się prowadzić oddziałów geriatrycznych w szpitalach. Tę specjalizację lekarze wybierają bardzo niechętnie, z różnych powodów, natomiast sytuacja polskiej ludności jest taka, że jest coraz więcej ludzi starych i już dzisiaj można dokładnie wskazać te miasta i dzielnice miast, gdzie przeważają mieszkańcy w wieku zaawansowanym. Dlatego bardzo bym prosiła, żeby dokładnie przedstawić tę sprawę i strategię ministerstwa dotyczącą rozwoju geriatrii w Polsce. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę o zabranie głosu naszego gościa. Pani doktor, proszę się przedstawić i powiedzieć, kogo pani reprezentuje, a także włączyć mikrofon.

Przedstawicielka Stowarzyszenia Lekarzy Praktyków Agnieszka Rubinowska:

Nazywam się Agnieszka Rubinowska. Reprezentuję Stowarzyszenie Lekarzy Praktyków, które wywodzi się z konsylium 24.pl.

Zdecydowała się zabrać głos, ponieważ w Polsce dzieje się rzecz straszna – dyskryminacja polskich lekarek, które się specjalizują. Otóż, w czasie rezydentury kobieta może urodzić najwyżej jedno dziecko, bo drugiej ciąży i drugiego urlopu macierzyńskiego rezydentura już nie udźwignie. Uważam, że w kraju, w którym tak bardzo brakuje dzieci, jest to wielki błąd i wielka krzywda dla matek-lekarek i ich rodzin. Prosiłabym – nie wiem, w czyjej jest to gestii – żeby jednak rozważyć ten problem i to zmienić. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Udzielę też głosu sobie. Panie ministrze, skończył się pana „miesiąc miodowy" na Miodowej – przeliczyłem. W związku z tym, będziemy teraz rozmawiać poważnie.

Czy pan podpisał ten dokument, panie ministrze – napisał, „akceptuję"?

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Tak.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Czy pan go czytał wcześniej?

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Tak.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Bo ja nie wiem, kto go napisał. Takiego skandalicznie słabego dokumentu dawno nie widziałem. Znam trochę dokumentów w tej dziedzinie, natomiast ta Informacja nie mówi dokładnie o niczym.

Pierwsze pytanie – odniosę się do wypowiedzi pana posła Millera, który zapytał, na jakiej podstawie stwierdzono, że w Polsce brakuje specjalistów, ilu ich brakuje, w jakiej dziedzinie. Dlaczego kardiologia najpierw nie jest deficytowa, potem jest deficytowa? Czy są jakiekolwiek dane? Pewnie, że są, ale czy są zawarte w tej Informacji o specjalizacjach. Śmiem twierdzić, że nie. Zero informacji na ten temat.

Druga sprawa. Jaka była zastosowana metodologia, że uznano specjalizację za deficytową? Kto o tym decyduje? Czy pan dyrektor? Bo to pewnie pan dyrektor pisał. Tak słabego dokumentu, panie dyrektorze, dawno nie widziałem, naprawdę. Co wy tam robicie, śpicie w tym ministerstwie? Dlaczego uznano, że jakaś specjalizacja – teraz jest

ich 21 – jest deficytowa, a inna nie? Przecież na to trzeba wydać określone pieniądze, a pieniądze – jak państwo mówią – są ograniczone. W związku z tym, trzeba mieć uzasadnienie. Czy w tym dokumencie pisze się coś na ten temat? Nie. Nie wiemy nic o tym, jak jest, a chcemy dyskutować, jak powinno być.

Panie ministrze, pytanie do pana. Na str. 24 ktoś panu napisał, a pan to zaakceptował, że tak szeroko zaproponowana reforma kształcenia specjalizacyjnego – mówimy o dyskutowanym od wielu lat innym sposobie kształcenia specjalizacyjnego, czyli systemie modułowym – cytuję: „…powinna spowodować znaczące unowocześnienie kształcenia, zrównując go co do jakości z podobnymi systemami w krajach wysokorozwiniętych". To po co polscy lekarze tak masowo wyjeżdżają i są na pniu zatrudniani w Unii Europejskiej – powtarzam, na pniu – skoro dopiero się uczymy specjalizacji na poziomie krajów wysokorozwiniętych? Co to, my, panie dyrektorze, Bantustan? Ja sobie wypraszam – a byłem w bardzo starym systemie edukacyjnym – że mam jakiś dystans do lekarzy z Europy czy ze Stanów Zjednoczonych. Może nie mam takich możliwości, pan przewodniczący może też nie miał takich możliwości, jakie są tam, ale wiedzę, panie ministrze – chyba, że pan ma inną – mamy bardzo dobrą. Być może, mamy niedostatki innych rzeczy, ale na pewno polscy lekarze mają dobrą wiedzę, bo natychmiast są zatrudniani przez wszystkie kraje w Europie Zachodniej. Co więcej, nawet w systemie, kiedy byliśmy za „żelazną kurtyną", nikt, poza Stanami Zjednoczonymi, nie robił nam żadnych egzaminów. Gdy tylko wiedzieli, że lekarz ukończył taką, a nie inną uczelnię, natychmiast uzyskiwał pełną akceptację dyplomu w Niemczech. A dzisiaj dowiaduję się, że dopiero teraz będziemy zrównywać poziom. Jest to, według mnie, skandaliczne stwierdzenie, które w tym dokumencie nie powinno się znaleźć.

Musimy jeszcze powiedzieć o systemie rezydenckim. To ważna sprawa. Chwaliłem publicznie Ministerstwo Zdrowia za to, co się udało – bo odnośnie do reszty mam inne zdanie. Udało się zwiększyć ilość rezydentur – i chwała Bogu, bo w sytuacji tej ustawy, która już weszła w życie, a jej skutki dopiero będą, czyli komercjalizacji zakładów opieki zdrowotnej, pies z kulawą nogą nie zatrudni lekarza do specjalizowania się. Zatem, rezydentura ma szansę to uratować, bo płaci za to budżet państwa.

Panie ministrze, proszę powiedzieć, ile lekarzy specjalizuje się poza rezydenturą i czy w ogóle ministerstwo przewiduje, że ten system poza rezydenturą się ostanie w sytuacji komercyjnych zakładów opieki zdrowotnej… Przepraszam, przedsiębiorstw podmiotu leczniczego. Czy się ostoi, czy nie? Bo przypomnę jedną rzecz, o której była tu mowa kilka lat temu. Chodziło o ortodoncję. Otóż, wiemy, jakie są wady zgryzu u dzieci, a ortodontów mieliśmy jak na lekarstwo. W ogóle nie było ortodontów. Tak się stało, że ortodoncja się absolutnie sprywatyzowała – tak jak się sprywatyzowała stomatologia – i nie było gdzie się szkolić. Była wtedy nawet związana z tym anegdota. Na posiedzeniu Komisji była pewna pani, tak jak dzisiaj pani z konsylium 24.pl, specjalistka z ortodoncji, która zaproponowała, że ona stworzy dwa miejsca specjalizacyjne. W podtekście myślała, że jedno miejsce specjalizacyjne obejmie jej syn. Natomiast my zrobiliśmy LEP i jej syn na to miejsce specjalizacyjne przez nią stworzone się nie dostał. Czy o nam grozi przy komercjalizacji, bo wiemy, że to będzie kosztować?

Na zakończenie pytanie, które już tu padło. Mówili o tym pani poseł Hrynkiewicz i pan poseł Latos, a ja jeszcze je powtórzę. Nie ma żadnego okresu przejściowego. Wydarzenia losowe na studiach się zdarzają. Już pani mówiła, że udźwignięcie rezydentury w przypadku urodzenia dwójki dzieci jest niemożliwe… W tej chwili jest niemożliwe – tak twierdziła pani i pewnie wie, o czym mówi. Natomiast ja mam pytanie, co się stanie, jeżeli na czwartym roku nowego systemu kształcenia – za pięć lat – ktoś będzie musiał wziąć urlop dziekański, urodzi dziecko i dwa lata wypadną mu ze studiów. Jak ten ktoś zdobędzie dyplom i prawo wykonywania zawodu, skoro nie będzie stażu i nagle na czwartym roku znajdzie się w sytuacji, że następcy będą się kształcić w innym programie, gdzie jest upraktycznienie zawodu na studiach? Czy dla tej grupy przewidziano jakieś drogi? Pytam, bo pamiętam, że jako lekarze rodzinni w Polsce zmagaliśmy się z tak zwaną przyspieszoną, specjalnie wymyśloną ścieżką edukacyjną i specjalizacyjną. Czy coś takiego ministerstwo również przygotowało? Dziękuję bardzo.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Panie przewodniczący, postaram się odpowiedzieć. Ponieważ pan przewodniczący powiedział, że minął „miesiąc miodowy", a jestem na Miodowej, ustosunkuję się do tych pytań.

Może najistotniejsze – z tym pytaniem zwróciła się pani doktor, która twierdziła, że…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie różnicujmy, które pytanie jest najważniejsze…

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Ale jest to tak zwane gorące pytanie…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę o spokój. Proszę nie dyskutować. Pan minister może uważać to za najważniejsze. Przepraszam, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Jeżeli chodzi o przedłużenie rezydentury, to w przypadku kobiety, która urodziła jedno czy dwoje dzieci, oczywiście, rezydentura jest obecnie przedłużana. Może urodzić i trójkę dzieci, a rezydentura będzie przedłużana. W ostatnim okresie podpisuję wiele przedłużeń rezydentur. Jak powiedziałem w swoim wystąpieniu początkowym, dużo środków jest przeznaczanych na rezydentury i również na pokrycie kosztów przedłużających się rezydentur związanych z urlopami macierzyńskimi czy wychowawczymi. To się jednak przedłuża. Pani doktor, proszę urodzić następne dziecko, bo na pewno przedłużymy rezydenturę.

Przedstawicielka SLP Agnieszka Rubinowska:

Ja mam czworo dzieci…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę nie dyskutować. Proszę bardzo, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Wracając do pytań, pan poseł Latos mówił o sprawie kształcenia tych dwóch roczników, które mogą się zejść w 2017 r. Chciałbym powiedzieć, że obecnie, łącznie z rezydenturami, mamy 8200 miejsc kształcenia specjalizacyjnego, gdzie można uzyskiwać specjalizację. Jest bardzo dużo wolnych miejsc. Oczywiście, nie ma wolnych miejsc w formie rezydentury, ale te placówki, które uzyskały akredytację, są otwarte na przyjęcie w innych formach…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Panie ministrze, byłem dobry z matematyki. Jeżeli mówimy w sumie o 8,5 tys. miejsc, to podzielny to przez 5, bo 5 lat trwa przeciętna rezydentura i przeciętna specjalizacja – mamy 1500 miejsc. To cieniutko, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Panie przewodniczący, bardzo proszę. W sumie jest 36.480 miejsc szkoleniowych, w 5139 jednostkach szkoleniowych. Jest o tym mowa na str. 8.

Pan poseł nawiązywał do nowego szkolenia – systemu modułowego. Powiem, że to szkolenie musi być przygotowane zgodnie z dyrektywą unijną, czyli musi zawierać pewne minimum zgodne z ustaleniami UEMS. U nas nawet te szkolenia specjalizacyjne są o jeden rok dłuższe niż w Unii Europejskiej.

Jeśli chodzi o staże, to chciałbym powiedzieć, że staże podyplomowe odbywają się tylko w dziesięciu państwach europejskich. W pozostałych nie odbywają się te staże.

Dlaczego jest zero specjalizujących się jeżeli chodzi o geriatrię, radiologię czy inne specjalizacje? Dlatego, że po prostu nie było chętnych do danej specjalizacji…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę nie przerywać panu ministrowi. Proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Następna sprawa. Pani poseł Czaplicka pytała o specjalizację z zakresu diabetologii i endokrynologii. Jest pewien problem, który musimy rozwiązać, szczególnie w zakresie pediatrii. Natomiast te specjalizacje w nowym module, w nowej propozycji, są oddzielone, to znaczy jest endokrynologia. Po internie – jest opracowywany moduł internistyczny i toczy się dyskusja, czy ma on trwać trzy lata, czy dwa – po, załóżmy, trzyletnim module internistycznym, można robić dwuletnią specjalizację, moduł diabetologiczny.

Padło tu też pytanie na temat kardiologii. Chciałbym powiedzieć, że jeżeli chodzi o staże cząstkowe w ośrodkach referencyjnych, w Polsce są one prowadzone tylko przez trzy zakłady i instytuty – Instytut Kardiologii w Aninie, który zajmuje się głównie stażami z wad serca i kardiochirurgią, oraz Instytuty Kardiologii w Zabrzu i Krakowie. O udzielenie akredytacji na szkolenie z zakresu kardiologii nie wystąpił szpital przy ul. Banacha. Jeżeli chodzi o szkolenie, to, na przykład, rok temu na Mazowszu przypadało 60 kardiologów na jeden milion mieszkańców, a w kraju przypada 50 kardiologów na jeden milion mieszkańców. Za trzy lata w referencyjnym systemie kształcenia będziemy mieć 80 kardiologów na jeden milion mieszkańców, co da nam średnią unijną. Czyli do średniej unijnej w liczbie kształconych kardiologów dojdziemy za trzy lata. Dlatego też w nowej formie kształcenia modułowego prawdopodobnie nie będzie referencyjności, jeśli dojdziemy do pewnego nasycenia kadrą specjalistyczną.

Jeśli chodzi o geriatrię, to analizowaliśmy to. Jest to pytanie pana posła Hoca. Przede wszystkim nie było chętnych do rozpoczęcia specjalizacji z zakresu geriatrii.

Następna sprawa, którą pan poseł przedstawiał – że ustawa określa termin ogłoszenia naboru na daną specjalizację. Obecnie tego nie ma. Jest po prostu ogłoszenie, że będzie nabór. Nie ma tego już w rozporządzeniu. Było to w starym rozporządzeniu.

Pan poseł Orzechowski pytał o zasadniczą sprawę, a mianowicie, ilu mamy specjalistów w danych dziedzinach i jakie mamy potrzeby, a także, w jakim wieku są ci specjaliści. Muszę powiedzieć, że jesteśmy w trakcie opracowywania takiego materiału. Jeżeli taka będzie wola Wysokiej Komisji, to taki materiał przedstawimy i omówimy tę lukę pokoleniową.

Następne pytanie. Kto określa specjalizacje i specjalności deficytowe? Specjalności deficytowe określają konsultanci krajowi przy współpracy z konsultantami wojewódzkimi. To oni określają, jakie są potrzeby, jeżeli chodzi o poszczególne specjalizacje.

Jeśli chodzi o geriatrię, to mamy 259 geriatrów – pani poseł o to pytała – a jeśli chodzi o liczbę obecnie szkolących się geriatrów, jest ich 60. W tym zakresie również mamy problem, ponieważ nie ma chętnych do specjalizowania się w dziedzinie geriatrii. Przyznaliśmy 109 miejsc dla rezydentów w zakresie geriatrii, a tylko 60 lekarzy zdecydowało się na tę specjalizację.

Jeśli chodzi o okresy przejściowe, to powiem, że nowe kształcenie zaczyna się od 1 października 2012 r. System szkolenia wchodzi 1 października, natomiast…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Nie ma nowego systemu. Będzie nowy system od 1 października. Niech pan będzie precyzyjny, panie ministrze…

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Będzie nowy system. Być może, zasugerowałem się tym, że dzisiaj na posiedzeniu kierownictwa podpisaliśmy system kształcenia, który wejdzie od 1 października. Mamy więc jeszcze okres sześciu lat na opracowanie rozporządzeń przejściowych.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Rozumiem, że pan minister skończył. Wnioskuję z pana miny.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Tak.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Wyjątkowo jest pan zadowolony, panie ministrze. Proszę bardzo, pan poseł Latos, żeby trochę zburzyć spokój.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, przepraszam, ale jednak chciałbym, żeby pan się odniósł do tego, o czym powiedziałem na początku i o czym powiedział również pan przewodniczący Piecha. Naprawdę, to sformułowanie na str. 24 jest obraźliwe dla nas wszystkich siedzących w tej sali – jest tu wielu lekarzy. To stwierdzenie jest również dla pana, panie ministrze, a pan temu rzekomo przeczy i się pod tym podpisał. Nie chcę już powtarzać argumentów swoich i pana przewodniczącego, ale akurat, jeśli chodzi o poziom szkolenia specjalizacyjnego, nie mamy się czego wstydzić. Rozumiem, że coś zmieniamy – kiedyś na ten temat bardzo dużo dyskutowaliśmy na posiedzeniach podkomisji, a następnie Komisji – natomiast z pewnością nie jesteśmy republiką bananową, czy jakąś inną, która musi równać do krajów wysokorozwiniętych. To, po pierwsze.

Po drugie, pytałem – zresztą nie tylko ja – o tabele ze str. 26 i 27. Pan nie był uprzejmy mi odpowiedzieć, jak to jest – jeżeli wszystko jest tu napisane poprawnie – że szkolimy w zakresie mikrobiologii, wskazujemy jednostkę szkolącą, miejsca szkoleniowe, a nie mamy żadnego specjalisty. Szczerze mówiąc, nie chce mi się wierzyć, w prawdziwość informacji w tabeli, że nie mamy żadnego specjalisty z zakresu mikrobiologii. Przecież nie jest to jakaś unikatowa specjalność, którą mamy dopiero od roku, tylko specjalność którą mamy od wielu lat. Już nie chcę wyliczać, od kiedy – pewnie każdy z nas czytał książkę pt. „Łowcy mikrobów". Nie wyobrażam sobie sytuacji, że nie mamy w Polsce ani jednego specjalisty z zakresu mikrobiologii, a to wynika z tabeli nr 2. Niemniej jednak szkolimy. W takim razie powstaje pytanie, kto i gdzie szkoli. Rozumiem, że nie neurologopedia zajmuje się szkoleniem z mikrobiologii.

I wreszcie, panie ministrze, odnośnie do lat przejściowych, rozumiem, że możemy mieć dobre samopoczucie, że mamy jeszcze kilka lat, jednak przyjęliśmy ustawę i na razie nie ma zaproponowanych żadnych rozwiązań. Nie chciałbym, żeby doszło do takiej sytuacji, jak z ustawą dotyczącą praw pacjenta, gdzie była kwestia dodatkowych ubezpieczeń, a teraz okazuje się, że trzeba coś zmieniać, korygować, czy jak było w przypadku ustawy refundacyjnej – w ostatniej chwili też trzeba było coś poprawiać. Rozmawiajmy dzisiaj o tym – pytanie jest bardzo proste – czy państwo w takim razie chcą poprawić ustawę, aby uwzględnić i wprowadzić okres przejściowy, bo takich sytuacji życiowych, które tu wymienialiśmy, może być mnóstwo, a ten rocznik, który bezpośrednio poprzedza ten, który będzie szedł nowym trybem szkolenia, już studia zaczął. Ludzie na pierwszym roku medycyny za chwilę będą ten rok studiów kończyć i trzeba już coś dla nich przewidzieć, bo za chwilę będą działać według nowego systemu… To znaczy, oni będą iść jeszcze starym systemem, ale trzeba ustalić, co będzie, kiedy do takiego zdarzenia losowego dojdzie. Bardzo bym więc prosił, panie ministrze, żeby konkretne deklaracje z pana strony w tej sprawie padły. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję. Pani posłanka Gelert, proszę.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, nie odpowiedział pan również na moje pytanie odnośnie do kardiologii. Potwierdził pan wyłącznie to, o czym mówiłam, że faktycznie za trzy lata będziemy mieć tylu kardiologów ilu wykazuje norma w Unii. Natomiast do 2017 r. mamy jeszcze kilka lat. W związku z tym, ponawiam pytanie. Czy rozporządzenie o dziedzinach priorytetowych będzie ulegać zmianie, czy nie? Czy ta psychiatria dziecięca wejdzie – jak jest w planach – czy nie? Czy już w ogóle nie będziemy się zajmować tym rozporządzeniem i pozostanie ono takie, jak jest, czyli nowi lekarze rozpoczynający kształcenie w zakresie kardiologii będą uważani za kształcących się w priorytetowych dziedzinach? Pytanie jest proste – czy to będzie ulegać jakiejkolwiek zmianie do 2017, bo jak tu mówiliśmy, większe pieniądze wydawane są z ministerstwa na dziedziny, które nie zawsze już należą do priorytetowych? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, rozumiem, że dzisiaj nie ma ani czasu, ani miejsca, ani materiałów, żeby odpowiedzieć na podstawowe pytania, które tu padały – próbowałem je jakoś zebrać – ale proszę mi jeszcze raz powiedzieć. To znaczy, że o tym, czy specjalizacja

jest potrzebna, czy nie, decyduje sędzia w swojej spawie, czyli konsultant wojewódzki. To po co jest ministerstwo z departamentem, jeśli mogą to robić konsultanci wojewódzcy z konsultantem krajowym. Przecież ktoś to musi kontrolować i prowadzić politykę zdrowotną, chyba że oddaliście wszystko starostom, komercji. Wszystko oddaliście komuś i co Arłukowicz zamierza w najbliższym czasie w ministerstwie – gasić światło? Jest 500 urzędników i nikt nic nie wie. Mówi się o konsultantach krajowych i wojewódzkich, a nikt nad tym nie panuje. Jaka była metodologia, żeby uznać tak, a nie inaczej? Ma rację pani poseł, która wyraźnie mówi, że to kosztuje nas podatników – my na to łożymy podatki – i, tak jak powiedziałem, to, co było dobre, może zostać zniweczone. Jak jest procedura?

I ostatnie pytanie, na które też nie otrzymałem odpowiedzi. Ilu lekarzy uzyskuje specjalizację w systemie pozarezydenckim i czy ten system, w związku z komercjalizacją – w zasadzie przymusową od przyszłego roku, chociażby tych szpitali publicznych, które dziś mają deficyty, a starostwa nie będą w stanie ich uzupełnić – jest przygotowany na kształcenie? Czy rezydentury pozostaną na tym poziomie co w tym roku, bo takie są możliwości państwa, a system „wypluje" dwa tysiące lekarzy, którzy nie będą mieć szansy się specjalizować, choć wiemy, że lekarz bez specjalizacji jest niewidoczny dla systemu? Taki lekarz nie istnieje, nie ma go. Narodowy Fundusz Zdrowia widzi tylko specjalistę. Czy będą szkolić? A jeżeli tak, to czy jest czas, żeby stworzyć system zachęt dla tych zakładów opieki zdrowotnej? Na to pytanie nie uzyskaliśmy odpowiedzi. Proszę tutaj nie zaczarowywać tej rzeczywistości, bo ona taka po prostu jest. Proszę bardzo, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Panie przewodniczący, jeżeli chodzi o sprawę rezydentur i sprawę tak zwanych deficytowych specjalizacji, to oczywiście cały czas jest porozumienie z konsultantami, ale ostateczną decyzję podejmuje minister na podstawie badań epidemiologicznych na temat potrzeb w danym województwie i potrzeb w kraju…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Panie ministrze, przepraszam, przed chwilą powiedział pan, że nie macie żadnych danych. To była odpowiedź na pytanie posła Orzechowskiego, że nie macie żadnych danych i dopiero pracujecie nad tym, ilu jest specjalistów…

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Pracujemy nad uaktualnieniem tych danych, ale je posiadamy. Chciałbym powiedzieć, że jeżeli chodzi o kardiologów, o których była tu mowa, ta sprawa będzie weryfikowana w zależności od potrzeb, jakie mamy w zakresie różnych specjalności. Dlatego obecnie, jeśli chodzi o politykę ministra zdrowia, nastawiamy się na te specjalizacje, które są bardzo deficytowe, jak geriatria, opieka długoterminowa, radiologia czy pediatria. To są specjalizacje, w których mamy bardzo mało specjalistów. Tyle chciałem powiedzieć.

Jeżeli chodzi o mikrobiologów, to obecnie jest 77 mikrobiologów lekarzy. Jeśli chodzi o kształcenie, to jest jeden ośrodek kształcący i jest 10 miejsc…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, tabela nr 2, str. 27. Bardzo bym prosił chociaż…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dajmy mówić panu ministrowi.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Panie pośle, tę specjalizację mogą robić lekarze, a także przedstawiciele innych zwodów medycznych.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja mówię o innych zawodach medycznych.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

To nie ma znaczenia. Specjalizacja to specjalizacja. Tu nie ma mowy o lekarzach, tylko o innych. Czytajmy nagłówki – tabela nr 1 i tabela nr 2.

Może pan dyrektor coś wyjaśni, panie ministrze. Może pan udzieli głosu panu dyrektorowi, żeby zapanować nad chaosem w ławach rządowych.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ Janusz Kleinrok:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, jeśli chodzi o mikrobiologię, to szkolenie specjalizacyjne z zakresu mikrobiologii dla innych zawodów medycznych zostało dopiero wprowadzone. Wcześniej takie szkolenie mogli przejść lekarze medycyny, a teraz otwarliśmy to dla innych zawodów medycznych. Dlatego bardzo dobrze pan przewodniczący zauważył, że w tabeli nr 2 nie ma mikrobiologii. W innych zawodach medycznych… W następnej tabeli, nr 3, jest mowa o osobach realizujących specjalizację w województwach. W zakresie mikrobiologii aktualnie realizuje specjalizację osiem osób, a ukończyło zero osób, bo jej wcześniej nie było. Nie wiem, czy się dobrze rozumiemy, ale…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Rozumiemy się dobrze, panie dyrektorze, a to z tego powodu, że mikrobiologia, jak wiem, zawsze była specjalizacją. I od dawna pamiętam, że biolog mógł być mikrobiologiem – nikt nikomu nie mówił, że musi mieć dyplom lekarski. Głównie robili tę specjalizację biolodzy. Nie jest to więc żadne odkrycie, że tylko lekarze mogli robić specjalizację z mikrobiologii, bo to nieprawda. Mogli ją robić biolodzy – były wyznaczone określone kierunki studiów – mogły też ją robić pielęgniarki po jakichś specjalizacjach. Tak więc, nie tylko lekarz był do tego predestynowany. Skądś ci mikrobiolodzy musieli się wziąć. Sądzę, że takich braków jest tu dużo. Proszę bardzo, jeszcze pan poseł Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Tylko jedno pytanie, w nawiązaniu do wypowiedzi pani doktor, która mówiła o lekarkach w ciąży. Czy rzeczywiście, panie ministrze, tak jest, że przy ciąży jest możliwość kontynuowania rezydentury, czy tak nie jest, jak mówi pani? Proszę o konkretną odpowiedź, bo to jest bardzo ważne.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Wprowadziła to ustawa z 22 kwietnia 2011 r.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę uprzejmie, panie pośle.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Panie ministrze, chciałbym również powiedzieć o sprawie, która może nie jest w pana kompetencjach, ale z tego sprawozdania i z rzeczywistości wynika brak korelacji pomiędzy działaniami specjalizacyjnymi a działaniami NFZ-u. Proszę zauważyć, że to, co ustalają właśnie konsultanci wojewódzcy czy krajowi, to są narzucone NFZ-owi pewne standardy, przez które pewne oddziały nie będą w ogóle pracować, ponieważ nie ma specjalistów w tych dziedzinach. A wtedy NFZ nie podpisze umowy. To może być przyczyną kłopotów w lecznictwie szpitalnym, o czym mówiłem. Jeżeli mamy w kraju tysiąc lekarzy ze specjalizacją z rehabilitacji, a według nowego przepisu potrzeba około 3 tys. lekarzy, to znaczy, że te oddziały, którym NFZ narzuca obowiązek, nie będą mogły podpisać umowy, a są to oddziały – przypominam – i kardiologiczne, i pulmonologiczne, i ortopedyczne. Wydaje mi się, że ktoś powinien popracować nad kontrolą tego, czego oczekują konsultanci krajowi i wojewódzcy, czy te wymagania są zgodne z rzeczywistością, bo natychmiastową konsekwencją tego są problemy w lecznictwie szpitalnym i podpisywaniu kontraktów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie pośle, w stu procentach się zgadzam. To i prowadzenie polityki zdrowotnej należy do zadań rządu, a nie do NFZ-u i konsultantów – przecież konsultanci są sędziami we własnej sprawie, o czym doskonale wiemy. Musi to koordynować ktoś siłą urzędu, a tym urzędem w Polsce jest konstytucyjny minister, nikt inny.

Panie ministrze, czy chciałby pan jeszcze coś dodać? Proszę uprzejmie.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Nie, dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

W takim razie pozostaje mi tylko zapytać – kto z pań i panów posłów jest za przyjęciem Informacji Ministerstwa Zdrowia w sprawie systemu specjalizacji kadr medycznych? Proszę o podniesienie ręki. Gratuluję. Kto jest przeciwny? Dziękuję. Kto wstrzymał się od głosu? Dziękuję.

Stwierdzam, że przy 6 głosach „za" i 9 przeciwnych – nikt nie wstrzymał się od głosu – Informacja nie została przez Komisję przyjęta, a tym samym została odesłana do przepracowania do ministerstwa. Dziękuję bardzo.

Czy są jakieś głosy, wolne wnioski, problemy, które moglibyśmy dzisiaj rozstrzygnąć? Jeżeli nie, zamykam posiedzenie Komisji. Dziękuję.